

MRI 検査（単純）依頼書

患者名	(フリガナ) 氏名	
-----	--------------	--

HBS : + ・ - ・ 未 HCV : + ・ - ・ 未 Wa氏 : + ・ - ・ 未 その他感染症 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 特記事項 :	⋮	不整脈 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 喘息 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手術既往歴 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・手術後、体内金属ありの場合は下段カッコ内の 体内金属の項目にチェックしてください
---	---	--

下記の項目で「有」に該当する場合は、原則として検査ができません。
 特に必要な場合は、当院放射線科医師にご相談ください。

心臓ペースメーカー :	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(種類)(手術年	年)
心臓人工弁 :	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(種類		(手術年	年)
体内金属 :	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(種類		(手術年	年)
	MRI検査		<input type="checkbox"/> 撮影可能		<input type="checkbox"/> 撮影不可	
授乳中の有無 :	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有				
妊 娠 :	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 疑いあり			
閉所恐怖症 :	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有				
その他(特記事項) :						

撮 影 部 位	特殊撮影
頭部 (脳 ・ 内耳 ・ 副鼻腔 ・)	<input type="checkbox"/> 無
頸部 (詳細部位)	<input type="checkbox"/> 有
脊椎 (頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・)	・ MRA
上腹部 (肝 ・ 胆 ・ 膵 ・ 腎 ・)	{ 部位 }
下腹部 (部位)	{ }
関節 (肩関節 ・ 股関節 ・ 膝関節) 【 右 ・ 左 】	・ MRCP
上肢 (部位) 【 右 ・ 左 】	・ その他
下肢 (部位) 【 右 ・ 左 】	{ }
その他 ()	{ }

検査目的【詳細事項(現病歴・臨床症状等)は診療情報提供書(紹介状)に記載してください。】

特記事項

※撮影部位が複数になる場合は、部位ごとに依頼書を作成してください。
 ※造影剤を要するMR検査は、MR撮影検査(造影)依頼書をご利用ください。